



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)


Médecine sexuelle féminine

Analyse d'articles<sup>☆</sup>Article analyzes<sup>◇</sup>

## Chirurgie gynécologique et sexualité

### Impact sexuel du traitement chirurgical des prolapsus vaginaux : résultats d'une comparaison prospective randomisée entre prothèse et colporraphie antérieure

*Sexual impact of vaginal prolapse surgery: results from a randomized trial comparing anterior colporrhaphy and trocar-guided transobturator anterior mesh*

- Vollebregt A, Fischer K, Gietelink D, van der Vaart H. Effects of vaginal prolapse surgery on sexuality in women and men; results from a RCT on repair with and without Mesh. *J Sex Med* 2012;9:1200–11.

L'utilisation de prothèses dans la chirurgie du prolapsus pourrait avoir des conséquences néfastes sur la fonction sexuelle.

Le but de cette étude était de comparer le résultat anatomique et la fonction sexuelle des femmes et de leur partenaire masculin avant et après chirurgie de prolapsus.

#### Patientes et méthodes

La prise en charge chirurgicale consistait en la mise en place d'une prothèse par voie transobturatrice (Avaulta<sup>®</sup> anterior system) ou la réalisation d'une colporraphie antérieure.

Il s'agissait d'une étude prospective randomisée, contrôlée, multicentrique, avec assesseur aveugle, car réalisée dans 3 CHU différents, aux Pays Bas.

Une évaluation de la fonction sexuelle par le questionnaire Female Sexual Function Inventory (FSFI) était faite à l'inclusion, à 3, et 6 mois. Une évaluation est prévue à 5 ans. Une évaluation de la satisfaction de leur partenaire masculin était effectuée par questionnaire Male Sexual Function Questionnaire (MSHQ).

Étaient incluses les patientes entre 40 et 80 ans ayant une cystocèle symptomatique  $\geq$  stade II de la classification Pelvic Ovarian Prolapse Quantification (POP-Q), pour laquelle existait une indication chirurgicale.

#### Résultats

Cent vingt-cinq femmes ont été randomisées entre juin 2007 et mai 2009. À l'inclusion, 54 questionnaires FSFI et 29 questionnaires MSHQ ont été retournés dans le groupe prothèse contre 53 et 30 dans le groupe colporraphie antérieure. À 6 mois, 47 questionnaires FSFI et 29 questionnaires MSHQ dans le groupe prothèse

contre 49 et 22 dans le groupe colporraphie antérieure ont été récupérés.

Les deux groupes ne différaient pas en termes de fonction sexuelle à l'état basal. À 6 mois, l'analyse des résultats des questionnaires FSFI ne montrait pas non plus de différence entre les 2 groupes. Cependant, lors des analyses intra-groupes, s'il n'existait pas de changement net de qualité de vie sexuelle des femmes ayant été traitées par la mise en place de prothèse, par contre, on notait une amélioration significative dans presque tous les domaines chez les patientes ayant été traitées par colporraphie antérieure, avec un effet de taille 0,5, correspondant à une signification clinique modérée, en ce qui concerne les domaines satisfaction et douleur.

L'analyse du sous-groupe de femmes avec partenaires sexuels masculins montrait des scores de chacun des domaines du FSFI significativement plus élevés à l'inclusion, à l'exception du domaine désir, sans amélioration significative après la chirurgie, à l'exception de celui du domaine douleur. En comparant les scores globaux des questionnaires FSFI à 6 mois par rapport à ceux à l'inclusion, on constatait 43 % de scores plus bas (c'est-à-dire moins bons) dans le groupe prothèse, contre 19 % dans le groupe colporraphie ( $p = 0,05$ ). Cependant, les résultats anatomiques étaient meilleurs avec un moindre taux de récurrence à 6 mois dans le groupe prothèse (essentiellement en ce qui concerne les prolapsus du compartiment antérieur, 6 % vs 50 % dans le groupe colporraphie antérieure,  $p < 0,0001$ ).

Dans la population masculine, le seul changement constaté fut une tendance à l'amélioration de l'érection dans le groupe prothèse. Il y avait cependant peu d'hommes participants.

#### Discussion et conclusion

L'analyse en intention de traiter ne montrait donc pas de différence des scores FSFI entre les 2 groupes après chirurgie. Toutefois, on notait dans le groupe colporraphie antérieure une amélioration significative de la fonction sexuelle dans presque tous les domaines, tandis qu'il n'y avait pas d'amélioration des scores FSFI dans le groupe prothèse. Cet effet positif n'était pas trouvé dans le sous-groupe des femmes avec partenaire.

Le principal écueil de cette étude est l'évaluation à 6 mois, qui semble un délai court si l'on considère que les complications des prothèses à type d'exposition de la bandelette sont de survenue plus tardive, de même que la récurrence de prolapsus. Une évaluation à 5 ans est prévue. Par ailleurs, seuls les assesseurs étaient aveugles au type de chirurgie. Cela a-t-il pu influencer les attentes des patientes quant aux résultats ?

En conclusion, bien qu'il ait été observé dans cette étude, une amélioration significative de la fonction sexuelle dans le seul

<sup>☆</sup> Avec la collaboration de la Société francophone de médecine sexuelle (SFMS) ? [www.sfms.fr](http://www.sfms.fr).

<sup>◇</sup> In collaboration with the French-speaking Society of Sexual Medicine (SFMS)? <http://www.sfms.fr>, [www.sfms.fr](http://www.sfms.fr).

groupe traité par colpopérinéorraphie antérieure, au contraire d'une détérioration significativement plus fréquente du score total du FSFI dans le groupe prothèse, la fonction sexuelle des femmes des deux groupes ne différait pas significativement après la cure de cystocèle. Ceci suggère que l'amplitude des variations observées dans chacun des deux groupes était minime, et probablement peu significative au plan clinique.

Il conviendrait donc d'avertir les femmes ayant une cystocèle isolée que la mise en place de prothèse est susceptible de donner de meilleurs résultats anatomiques avec moins de risque de récurrence, mais n'améliorera pas la fonction sexuelle.

C. Negrier, P. Lopes

Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction,  
CHU de Nantes, 44093 Nantes cedex, France

## Dysfonctions sexuelles

### Syndrome d'excitation génitale persistante : une mise au point

*Persistent genital arousal disorder: an update*

- Facelle TM, Sadeghi-Nejad H, Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology, and management. *J Sex Med* 2013;10:439–50.

Au cours des années 1990, quelques auteurs ont rapporté des rares cas « d'engorgement clitoridien », « d'hypersexualité sans désir sexuel » ou encore des « besoins d'orgasmes ». Mais le syndrome d'excitation sexuelle persistante a été décrit officiellement pour la première fois en 2001 par Leiblum et Nathan. En 2003, il fut renommé syndrome d'excitation hénitale persistante (SEGP) par Goldmeier et Leiblum, et défini selon cinq critères de diagnostic :

- l'existence de sensations génitales et clitoridiennes persistantes pendant de longues périodes (plusieurs heures, jours ou mois) ;
- ces sensations ne sont pas associées à un désir sexuel ;
- elles sont vécues comme intrusives et non souhaitées par les patients ;
- elles ne disparaissent pas malgré un ou plusieurs orgasmes ;
- elles sont source de souffrance psychologique pour les patients.

Depuis sa description et sa définition, le SEGP a fait l'objet de plusieurs publications. Certains auteurs ont essentiellement décrit des éléments physiologiques (neurologiques, vasculaires, biologiques) pouvant y être associés, d'autres ont rapporté une relation probable avec des conditions psychologiques (allant de l'abus sexuel aux troubles psychiatriques) et enfin quelques auteurs ont tenté d'élaborer une approche diagnostique et thérapeutique spécifique à ce syndrome.

C'est dans le but de faire une mise au point sur nos connaissances objectives du SEGP que les auteurs de cet article ont effectué une revue de littérature en juillet 2012, recherchant dans Pubmed tous les articles concernant l'excitation génitale (ou sexuelle) persistante. Ils ont ainsi recueilli de nombreuses données sur différents aspects de ce mystérieux syndrome.

*Le SEGP est-il si rare ?*

Classiquement, le SEGP est considéré comme très rare et cela est corrélé au faible nombre de patientes qui consultent pour ce motif.

En se basant sur les 5 critères de diagnostic, la prévalence du SEGP pourrait être aux alentours de 1 à 2 %. Ce chiffre serait plus élevé si nous incluons les femmes ayant au moins 3 des 5 critères.

Mais la prévalence et l'incidence exacte du SEGP sont très difficiles à définir avec précision et cela pour plusieurs raisons. Par exemple, dans l'une des études, une femme sur trois répondait

« oui » à la question concernant l'existence de signes physiques d'excitation génitale sans désir ni excitation mentale ! Ce chiffre élevé pourrait faire suspecter une grande fréquence du SEGP mais pourrait aussi (et même probablement) être en relation avec le fait que pour beaucoup de femmes, le désir sexuel n'est ressenti qu'à travers les sensations d'excitation génitale, ce qui pourrait leur donner l'impression que ces sensations sont apparues avant ou sans le désir sexuel. De plus, la plupart des enquêtes d'évaluation épidémiologiques concernant le SEGP ont été effectuées par Internet avec tous les biais statistiques que nous connaissons de cette méthode.

*Quels sont les symptômes les plus fréquents du SEGP et comment s'expriment-ils ?*

Même si les critères diagnostiques du SEGP sont précis, son expression et ses symptômes sont variables d'une femme à une autre et parfois, chez la même femme, d'une période à une autre. Mais certains de ces symptômes sont plus constants que d'autres :

- les symptômes les plus fréquents sont ceux liés à la vasocongestion génitale, et en particulier les sensations de « picotement » (78,6 %), de lubrification/humidité (75,7 %), de congestion/gonflement (74,8 %), et de palpitation pelvienne (72 %) ;
- la sensation de « contraction » génitale est également fréquente (70,9 %) ;
- enfin, les douleurs génitales sont plus rares que les sensations de congestion et de contraction, mais elles sont quand même présentes de façon spontanée chez 28 % des femmes souffrant de SEGP et chez 45 % d'entre-elles lors des rapports sexuels.

Les symptômes sont essentiellement localisés au niveau du clitoris chez la grande majorité des patientes (78 %), mais pourraient aussi être ressentis au niveau vaginal (55 %), à celui des lèvres (28 %) ou de façon diffuse à ces trois localisations (44 %).

Dans la plupart des cas, ces symptômes s'expriment de façon « occasionnelle » (52,7 %) ou « régulière » (29,7 %). Et s'ils sont « rares » chez 9,5 % des patientes, ils peuvent être présents de façon « continue » chez 8,1 % d'entre-elles.

*Y a-t-il des facteurs déclenchant pour ces symptômes ou à l'inverse des facteurs calmant ?*

Même si beaucoup de patientes souffrant de SEGP ne rapportent pas spontanément de facteur déclenchant ou calmant leurs symptômes, l'interrogatoire approfondi permet souvent de révéler ces facteurs. Nous pouvons en particulier retenir les suivants :

- facteurs déclenchant ou exacerbant : les rapports sexuels (50 %), la masturbation (35 %), la stimulation érotique visuelle (jusqu'à 60 % des patientes) et enfin, les vibrations et tout particulièrement celles des véhicules motorisés ;
- facteurs calmant les symptômes : se masturber (51 %), se distraire/s'occuper (39 %), avoir un rapport sexuel (36 %) pratiquer des exercices physiques (25 %) et enfin, l'application de froid sur la zone génitale (13 %).

*Avons-nous une idée plus précise des étiologies du SEGP ?*

Sur ce point, les hypothèses ne manquent pas ! Mais en réalité, la lecture de toutes ces hypothèses étiologiques rapportées par les auteurs de cette revue de littérature nous laisse rapidement comprendre que nous sommes encore loin d'avoir élucidé les origines du SEGP. De plus, il paraît de plus en plus clair que chaque patiente pourrait avoir plusieurs facteurs étiologiques simultanés avec un degré d'implication de chacun de ces facteurs variables d'une patiente à une autre...

Mais cet article nous permet aussi de nous apercevoir que nos connaissances sur ce point s'éclaircissent progressivement, même

si nous sommes encore loin d'avoir toutes les réponses. Nous pouvons par exemple classer certains facteurs étiologiques comme étant probablement prépondérants ou fréquents et d'autres comme étant mineurs ou rares. Voici ceux qui sont les plus fréquemment cités :

- les facteurs psychologiques : ils sont presque toujours présents sous une forme ou une autre. Dans la majorité des cas, il s'agit de troubles anxieux généralisés, troubles obsessionnels ou syndrome dépressif. Ces troubles psychologiques, lorsqu'ils sont constatés, sont présents depuis au moins un an avant l'apparition des premiers symptômes du SEGP dans deux-tiers des cas. Cela laisse supposer un rôle étiologique de ces facteurs psychologiques même s'il est évident que les symptômes du SEGP peuvent facilement faire naître, à leur tour, une anxiété voire une dépression, avec un cercle vicieux qui peut être difficile à rompre. Enfin, parmi les facteurs psychologiques, les antécédents d'abus sexuels sont considérés par certains auteurs comme étant très fréquents chez les patientes souffrant de SEGP (jusqu'à 53 %) mais d'autres études ne les retrouvent qu'avec une faible prévalence (9 %). En réalité, le rôle des abus sexuels n'est pas clairement établi dans le SEGP ;
- les facteurs vasculaires : il s'agit essentiellement des varices pelviennes qui semblent être particulièrement fréquentes chez les femmes souffrant de SEGP (jusqu'à 50 % d'entre-elles) et qui pourraient selon les auteurs, contribuer à la sensation de congestion génitale décrite par les patientes ;
- les facteurs neurologiques périphériques : plusieurs travaux retrouvent une neuropathie périphérique ou une atteinte du nerf pudendal qui pourraient contribuer à l'hyperesthésie de la zone génitale et en particulier clitoridienne.

Relation avec le syndrome des jambes sans repos (SJSR) et vessie hyperactive ? : cette hypothèse a été évoquée par les recherches du Pr Marcel Waldinger rapportées en détail par Jacques Buvat dans le numéro de juillet-août de *Gynécologie Obstétrique Fertilité* (2013;41:455–56) (voir « Comptes Rendus du congrès 2013 de l'ISSWSH : Syndrome d'Excitation Génitale Persistante ou Restless Genital Syndrome »). Selon les auteurs de cette étude, le SJSR et le SEGP pourraient être deux expressions différentes d'une même entité pathologique qui reste à préciser. Ils avaient même proposé de rebaptiser le SEGP en « Restless Genital Syndrom » par analogie au « Restless Legs Syndrom ». Mais cela paraît excessif et surtout négligerait toutes les autres hypothèses étiologiques !

Autres facteurs étiologiques : des facteurs pharmacologiques sont parfois cités et en particulier liés aux traitements par ISRS, mais il est très difficile de se faire une idée objective sur le possible rôle étiologique des ISRS parce qu'ils sont prescrits pour des troubles psychologiques pouvant eux-mêmes être la cause du SEGP et aussi parce que les cas décrits sont rares et incriminent l'introduction tout autant que l'interruption d'un traitement par ISRS ; des facteurs neurologiques centraux ont également été décrits mais semblent très rares comme l'épilepsie, les malformations artérioveineuses ou les séquelles d'AVC ; des facteurs hormonaux ont été initialement évoqués étant donné la relation chronologique remarquée chez certaines patientes entre l'apparition du SEGP et des changements rapides des taux hormonaux comme lors de la puberté ou la ménopause ; enfin des facteurs diététiques ont été suspectés suite à un cas de SEGP apparu dans les semaines suivant une consommation excessive de soja !

*Y a-t-il des examens à réaliser chez une patiente souffrant de SEGP ?*

Comme décrit ci-dessus, nous ne connaissons pas encore d'étiologies clairement établies pour le SEGP et les facteurs

étiologiques peuvent être multiples chez une même patiente. En conséquence, les auteurs de cet article recommandent que les patientes soient évaluées par différents spécialistes : gynécologues, neurologues, psychologues, psychiatres, angiologue, etc.

Mais cela pourrait être difficile à réaliser en pratique quotidienne et il me paraît alors important que les patientes soient surtout évaluées par des spécialistes connaissant le SEGP et ayant l'expérience nécessaire dans ce domaine. Les autres intervenants et les éventuels examens à réaliser seront alors adaptés aux symptômes prépondérants initialement retrouvés.

La principale évaluation d'une patiente souffrant de SEGP est donc... l'interrogatoire précis et approfondi ! C'est lui qui va permettre de relever le type de symptômes, leur relation chronologique avec tel ou tel événement somatique ou psychologique, avec l'introduction ou l'arrêt d'un traitement, leur retentissement psychologique, la personnalité initiale de la patiente, etc.

Cependant, les experts-auteurs de cet article recommandent la réalisation de certains examens paracliniques, se basant sur les hypothèses étiologiques les plus fréquentes et « le bon sens médical » :

- un examen biologique standard avec des dosages hormonaux ;
- une échographie doppler pour éliminer une masse pelvienne ;
- une IRM pelvienne doit être réalisée si les symptômes évoquent une atteinte ; honteuse interne ou à la recherche de varices pelviennes ;
- un électroencéphalogramme en cas d'antécédent même lointain d'épilepsie ou en cas d'absence de toute cause apparente du SEGP.

Les auteurs précisent qu'ils recommandent ces examens même si dans leur expérience d'experts les facteurs étiologiques psychosomatiques sont les plus fréquemment suspectés...

*Prise en charge thérapeutique : où en sommes-nous ?*

Il est important de noter qu'à ce jour, il n'y a eu aucune véritable étude clinique objective évaluant un traitement, quel qu'il soit, dans le SEGP. Cela est à prendre en considération dans l'évaluation des différentes thérapeutiques citées ou recommandées par les auteurs de cet article.

Cependant, se basant sur leur revue de littérature et leur propre expérience d'expert, ils élaborent quelques recommandations thérapeutiques. En voici les plus marquantes :

- traitement spécifique (psychothérapie et médicaments) des troubles psychiatriques : anxiété, dépression, troubles obsessionnels, etc. ;
- en cas de suspicion de neuropathie périphérique : amitriptyline ou nortriptyline, éventuellement gabapentine ;
- en cas d'association à un SJSR : clonazepam, oxazepam, tramadol ;
- embolisation des varices pelviennes en cas de varices importantes ;
- en cas d'atteinte honteuse interne : stimulation neurologique transcutanée ;
- ces traitements peuvent bien évidemment être combinés.

Mais en pratique clinique, l'essentiel de la prise en charge thérapeutique est représenté par une action continue sur les facteurs psychologiques (qu'ils soient causes ou conséquences du SEGP) pour aider les patientes à rompre le cercle vicieux dans lequel elles sont le plus souvent emprisonnées, associée aux différents moyens utiles (médicamenteux ou non) pour atténuer les symptômes. C'est ainsi qu'une grande partie du travail du thérapeute sera consacrée à des thérapies de réassurance, de

soutien, d'acceptation ou plutôt d'adaptation, d'aide à la construction/conservation d'une vie de couple satisfaisante, etc.

C'est lorsqu'il est associé à un tel travail psychologique que le traitement médicamenteux, comme ceux cités ci-dessus, pourra avoir un impact positif significatif.

#### Conclusion

Malgré la mise à jour de certains éléments pouvant jouer un rôle dans sa genèse et malgré l'émergence de quelques pistes pour le prendre en charge, le SEGP garde encore une large part de mystère.

Et ce mystère est doublé d'un paradoxe, celui du clinicien face aux patientes qui consultent pour SEGP : il doit chercher à comprendre et mieux connaître ce syndrome obscur, tout en rassurant les patientes et en leur proposant la meilleure aide possible !

Espérons que les futures études puissent nous permettre d'atténuer ce paradoxe en nous fournissant les clés du mystère. . .

Gilbert Bou Jaoudé  
Lille, France

## Identité de genre

### Le bon genre

#### *The right gender*

- Brunocilla E, Soli M, Franceschelli A, Schiavina R, Borghesi M, Gentile G, Pultrone CV, Martorana G, Orrei MG, Colombo F. Radiological evaluation by magnetic resonance of the 'new anatomy' of transsexual patients undergoing male to female sex reassignment surgery. *Int J Impot Res*, 2012;24:206–9.

Brunocilla et son équipe ont tenté de comparer radiologiquement l'aspect du pelvis après une chirurgie de réassignement (homme vers femme – HvF) avec celui des femmes. Ils ont utilisé la résonance magnétique nucléaire, meilleur moyen selon eux d'évaluer les anatomies respectives.

C'est en 1953 que Benjamin a décrit pour la première fois le transsexualisme, trouble de l'identité du genre. Une personne transsexuelle est une personne dont les caractéristiques génitales sont à l'opposé de son identité ressentie, masculine ou féminine.

L'objectif principal de la chirurgie est de rendre le corps conforme à l'identité ressentie par la personne. La chirurgie de réassignement est la dernière étape d'un long processus qui comporte des phases psychologiques, endocriniennes, esthétiques ainsi que des procédures légales. La chirurgie comporte une correction des organes génitaux externes, une augmentation du volume mammaire, une modification de la chevelure et une répartition des graisses en conformité avec un corps de femme. Dans la chirurgie de conversion vers une apparence féminine (HvF), l'objectif principal est la création d'organes génitaux esthétiquement et fonctionnellement conformes à l'aspect féminin. Ceci implique la création d'un vestibule d'apparence normale et d'un vagin suffisamment profond et souple. La création d'un néoclitoris augmente significativement le résultat tant esthétique que fonctionnel.

En 1968, Jones a décrit le principe de la chirurgie de réassignement HvF qui consiste à utiliser la peau du scrotum et du pénis pour créer un néovagin. Cette technique a été le point de départ de nombreuses autres techniques chirurgicales. Hinderer a décrit le premier la technique de clitoridoplastie, qui utilise une partie du gland pénien avec conservation du pédicule neurovasculaire dorsal du pénis. Récemment, l'équipe de Brunocilla a proposé une autre technique de clitoridoplastie, avec la création d'un mont pubien conforme à l'anatomie féminine. Mais même si ces dernières années ce type de chirurgie s'est répandu, il n'existe que peu d'études concernant le suivi des patientes opérées, et on ne peut compter que deux articles scientifiques concernant l'évaluation radiologique post-chirurgie.

### Patients et méthodes

Entre 2004 et 2011, 33 patientes âgées de 20 à 60 ans ont subi une chirurgie de réassignement pratiquée par le même opérateur. Tous les patients ont suivi un traitement hormonal (estrogène et progestérone) au moins une année avant la chirurgie, et le traitement a été interrompu 1 mois avant celle-ci. Tous les patients vivaient préalablement en tant que femmes et ont obtenu l'autorisation légale d'entreprendre une chirurgie de réassignement. Au final, 15 patientes opérées ayant suivi la totalité de la procédure ont été comparées à 10 femmes.

### Procédure chirurgicale

La technique utilisée est dérivée de celle décrite par Jones. Très brièvement, la partie proximale du néovagin est obtenue à partir du revêtement cutané du pénis tandis que la partie distale du vagin est préparée à partir du revêtement cutané périnéoscrotal. L'ablation des testicules est faite à travers l'incision périnéoscrotale. Les crura (racines) des corps caverneux sont excisées en préservant les artères dorsales péniennes. Les corps caverneux sont incisés longitudinalement et parallèlement à l'urètre jusqu'aux crura excisées. Un espace est créé entre la paroi rectale supérieure et l'urètre postérieur (bulbo-membraneux) et la face postérieure de la prostate. Les parois supérieure et inférieure du néovagin sont suturées et fixées au tissu musculaire périprostatique. Le néoclitoris est suturé au lambeau supérieur tandis que l'urètre est suturé 1 cm en dessous du néoclitoris. Les grandes lèvres et petites lèvres sont créées à partir du tissu scrotal résiduel et suturées latéralement aux berges périnéales. L'apport de l'équipe de Brunocilla est de recréer un mont pubien conforme à celui des femmes.

### Protocole de l'IRM

L'IRM est pratiquée au moins 6 mois après la chirurgie, sans produit de contraste. Les examens sont effectués avec et sans tuteur vaginal. Les paramètres suivants ont été mesurés : la longueur du vagin, le diamètre sacro-sous-pubien (distance entre le bord inférieur de la symphyse pubienne et la pointe du sacrum), le diamètre promonto-sus-pubien (distance entre le bord supérieur de la symphyse pubienne et le promontoire), l'angle entre l'axe du vagin et celui du diamètre sacro-sous-pubien, l'épaisseur du mont pubien, l'épaisseur de l'espace rectovaginal mesuré à partir du milieu du vagin.

### Résultats comparatifs

Chez les patientes opérées, la longueur du vagin est un peu supérieure à celle des femmes (9,3 cm  $\pm$  1,4 cm versus 7,9 cm  $\pm$  0,8 cm). En ce qui concerne le détroit supérieur, la valeur moyenne est de 8,6 cm  $\pm$  1,4 cm versus 10,5 cm  $\pm$  1,2 cm. Pour le détroit inférieur, elle est de 10,5  $\pm$  0,9 cm versus 12,5 cm  $\pm$  1,5 cm. L'angle entre l'axe du vagin et celui du diamètre sacro-sous-pubien est assez comparable dans les deux groupes (54  $\pm$  11° versus 40  $\pm$  11°). L'épaisseur du mont pubien et celle du septum rectovaginal sont similaires dans les deux groupes. Chez les 15 patientes opérées, aucun vestige de tissus érectiles n'a été retrouvé.

### Discussion

Dans la chirurgie de réassignement HvF, la longueur et l'axe du néovagin sont deux facteurs essentiels pour permettre une pénétration vaginale satisfaisante. Une profondeur de vagin adéquate est également importante sur le plan psychologique car les patientes opérées désirent avoir des organes génitaux aussi conformes que possibles à ceux des femmes. L'IRM est la meilleure méthode pour évaluer l'anatomie pelvienne. Les mesures ont été effectuées chez toutes les patientes avec un tuteur vaginal pour une meilleure évaluation.

Brunocilla conclut que la longueur vaginale obtenue (9,3 cm) peut être considérée comme un bon résultat si on considère que celle des femmes est de 8 cm. Pour obtenir une telle longueur, il est nécessaire de pratiquer une large dissection de l'espace rétroprostatique allant jusqu'au cul-de-sac de Douglas. De plus,

la longueur est maintenue par l'utilisation constante d'un tuteur vaginal. Si celui-ci n'est pas utilisé, il se produit une atrophie du vagin avec réduction de la longueur et de la profondeur du vagin nécessitant une deuxième intervention chirurgicale.

L'axe du néovagin est essentiel pour permettre une pénétration pénienne. Dans la série de Brunocilla, l'angle formé par le néovagin des femmes trans-opérées avec le diamètre sacro-sous-pubien est discrètement supérieur à celui des femmes. Pour obtenir une inclinaison vaginale adéquate, il est essentiel de procéder à une dissection de l'espace rétroprostatique à proximité immédiate du rectum. Quant aux diamètres des détroits supérieur et inférieur, il

n'est pas étonnant que ceux-ci soient plus larges chez les femmes que chez les femmes trans-opérées.

Chez toutes les patientes opérées, il n'a pas été démontré de persistance de tissu érectile. Ceci est important car dans le cas contraire, il peut se produire lors de l'excitation sexuelle, une fermeture du vagin accompagnée de sensation déplaisante en raison de la dilatation des corps caverneux. Brunocilla insiste en outre sur l'importance de l'imagerie qui permet au chirurgien d'apprécier et éventuellement de faire évoluer la qualité de sa technique chirurgicale et ses résultats.

Odile Buisson  
*Saint-Germain en Laye, France*